Rok XLVII. Kraków, dnia 8. sierpnia 1908. Nr 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich
polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu higieny i bakteryologii Uniw. Jag. w Krakowie.

Badania nad teoryą zakażenia.

Podał

Dr Filip Eisenberg, asystent Zakładu.

(Ciąg dalszy).

Do doświadczeń używałem surowicy ludzkiej, konia, wołu, psa, kota, królika i morskiej świnki. O ile się do tych surowic szczepi laseczki wąglikowe, wynik doświadczenia zależy od rodzaju surowicy i od biologicznej indywidualności szczepu użytego. O ile się użyje szczepu słabo jadowitego, (ja używam do takich doświadczeń starego szczepu pracownianego, który od lat przeszło 15 hoduje się na sztucznych podłożach), dochodzi się do przekonania, że działanie bakteryobójcze surowicy ma tu wpływ stanowczy. W bardzo czynnych surowicach, n. p. w świeżej surowicy królika, zasiane laseczki najczęściej wyrodnieją i obumierają, a jeżeli (przy obfitym zasiewie) pewna ich część ujdzie śmierci i rozmnoży się, to i tak nie mają otoczek i noszą na sobie cechy zwyrodnienia, jakoto nadmierną barwność (hyperchromazyę), formy ślimakowate, wczesny rozpad. I w innych surowicach świeżych szczep ten, (który zresztą jest jeszcze jadowity dla królików), niełatwo się mnoży i tworzy otoczki, tylko ludzki płyn puchlinowy okazuje się dlań podłożem podatnem, pozwalającem na bujny wzrost i obfite otoczkowanie. Jeżeli natomiast do czynnej surowicy królika zasiejemy szczep o wysokiej jadowitości, to pewna część laseczek utrzyma się przy życiu i rozmnoży się w pokolenie otoczkowe. Że rzeczywiście odporność szczepu wobec surowicy ma wpływ na jego zdolność otoczkowania, pokazało się na wspomnianym wyżej słabo jadowitym szczepie; wzmocniwszy go, przeprowadzając przez 6 królików, zasiałem ten szczep przeprowadzony równocześnie z pierwotnym do surowicy królika, wprowadzając wielki zasiew:

D o ś w. Do 1 cm 3-dniowej surowicy króliczej nie rozcieńczonej, względnie rozcieńczonej 2-, 4-, 8-krotnie zapomocą roztworu fizyologicznego soli, zasiano znaczny zasiew szczepu, nieprzeprowadzanego *AZ* i przeprowadzonego *AZKr* 6. Wynik po po 20 godzinach przy 37° C.

AZ. Sur. czysta: zupełny rozpad; sur. rozc. $^1/_2$: słaby rozwój, wśród nich rzadkie laseczki otoczkowe; sur. rozc. $^1/_4$: mierny rozwój, połowa laseczek z otoczkami; sur. rozc. $^1/_8$: skąpy rozwój, brak otoczek.

AZKr 6. Sur. czysta: dobry rozwój, brak rozpadu, wszystkie laseczki z otoczkami; sur. rozc. $^1/_2$: dobry rozwój, same laseczki otoczkowe; sur. rozc. $^1/_4$: to samo; sur. rozc. $^1/_8$: mierny rozwój, połowa laseczek z otoczkami.

Porównanie obu szczepów pokazuje dobitnie, że wraz ze wzmożoną odpornością wobec surowicy szczep nasz uzyskał także większą zdolność otoczkowania. Wrażliwość naszego szczepu przed przeprowadzeniem go przez zwierzęta była tak wielka, że nawet surowica morskiej świnki, uważana powszechnie za bakteryobójczo nieczynną, nie zawsze pozwalała mu na bujny rozrost i otoczkowanie. Za tem, że bakteryobójcze działanie surowicy przeszkadza otoczkowaniu, przemawia też fakt, wielokrotnie przezemnie stwierdzony, że surowice, działające bakteryobójczo i nie pozwalające na otoczkowanie stają się podatnem podłożem przez rozcieńczenie, o ile tylko rozcieńczenia nie posuniemy za daleko, na czem cierpi odżywianie bakteryi. Otóż wiadomo, że rozcieńczanie obniża, a nawet znosi bakteryobójcze działanie surowic i na tem polega zapewnie korzystny jego wpływ na otoczkowanie, chociaż wartość odżywcza podłoża maleje. Ta forma doświadczenia ma o tyle pewne znaczenie, że rozcieńczona surowica odpowiada mniej więcej osoczu tkankowemu, które stanowi w ustroju zakażonym naturalne środowisko dla otoczkowania.

Jak wiadomo, można jeszcze w inny sposób znieść działanie bakteryobójcze surowicy, t. j. unieczynniając ją przez ogrzewanie. Otóż w ten sposób udaje się także niektóre surowice, nie pozwalające na otoczkowanie, zamienić w podłoże podatne. Surowice różnych gatunków, jak również różnych osobników w obrębie jednego gatunku, różnie się pod tym względem zachowują, jak to wiadomo już z dawniejszych doświadczeń bakteryobójczych różnych autorów. Chcąc unieczynnić surowice ludzkie, królicze i końskie, trzeba w tych doświadczeniach przeważnie ogrzewać je przez pół godziny do 63° C. Fakt, że czasem i bakteryobójczo nieczynna surowica morskich świnek przez ogrzewanie staje się podatniejszem środowiskiem dla otoczkowania (w sur. świeżej ślady otoczek, w ogrzanej do 60° C połowa laseczek z otoczkami, w ogrzanej do 63° C trzy czwarte), da się może w ten sposób wytłómaczyć, że słabozjadliwe szczepy z trudnością zużytkowują białko rodzime, że natomiast zmiany hidrolityczne przy ogrzewaniu czynią je dla nich dostępniejszem.

Niespodziewany wynik dało inne doświadczenie, w którem, opierając się się na pracach B a i l a i P e t t e r s s o n a starałem się znieść działanie bakteryobójcze surowicy króliczej przez dodanie miazgi różnych narządów wewnętrznych. Nietylko, że w tej mieszaninie nie uzyskałem otoczkowania, ale nadto pokazało się, że nawet surowica morskiej świnki

pozwalająca na otoczkowanie, przez dodanie tej miazgi traci tę zdolność. Nie potrafię na razie wytłómaczyć tego ciekawego, a ważnego szczegółu.

Ogółem biorąc, wyniki tych doświadczeń przemawiają przeciw poglądowi teleologicznemu, który w otoczkowaniu dopatruje się urządzenia ochronnego drobnoustrojów. Pokazują one, że gdzie byt i rozmnażanie laseczek narażone jest na szwank, tam i otoczkowanie bywa utrudnione, że natomiast wśród korzystnych warunków, gdzie zatem właściwie brak bodźca do obrony, otoczkowanie występuje najwybitniej. Wprawdzie wytworzona już otoczka może służyć bakteryom za narząd ochronny, ale do jej wytworzenia potrzebują bakterye korzystnych warunków, a zagrożenie ich bytu nietylko do otoczkowania jest niepotrzebne, ale może mu nawet przeszkadzać. Skoro zaś sprawa tak się przedstawia, to oczywiście drugi pogląd, upatrujący w otoczkowaniu odpowiedź na bodziec najprawdopodobniej odżywczy, zawarty w sokach ustroju zakażonego, zyskuje temsamem na prawdopodobieństwie.

O ile zaś staniemy na tem stanowisku, to nasuwa się nam przedewszystkiem pytanie, jaki to składnik surowicy stanowi ten bodziec. Możnaby tu myśleć o dwu rodzajach ciał zawartych w surowicy, albo o ciałach białkowych, które stanowią najcharakterystyczniejszy jej składnik albo też o węglowodanach. Tę drugą możliwość nasuwają przedewszystkiem omówione już dawniej doświadczenia, pokazujące, że u wielu roślin, jak również u niektórych bakteryi zwiększony dowóz węglowodanów wywołuje zgrubienie osłonki komórkowej, wzgl. wytwarzanie otoczek śluzowych. Obok cukru, zawartego w małej ilości w surowicy, wchodzą jeszcze w rachubę grupy węglowodanowe, zawarte w drobinie białka, które przy jego rozkładzie mogłyby się wyzwalać. Doświadczenia bezpośrednie, zmierzające do rozwiązania tych pytań, w których usiłowałem uzyskać otoczkowanie w czystych rozczynach ciał białkowatych surowicy, nie doprowadziły dotąd do wyników dodatnich. Rozczyny tych ciał, strąconych zapomocą siarkanu amonowego lub zapomocą chlorku sodu w rozczynie kwaśnym, pozwalały wprawdzie zasianym laseczkom wąglikowym rozmnażać się, ale nie otoczkować. Może dalsze, bardziej urozmaicone próby w tym kierunku doprowadzą do pożądanego celu.

Usiłowałem następnie drogą pośrednią uzyskać jakieś dane co do ciała, potrzebnego do otoczkowania, wywołując przemiany białka surowiczego już to przez ogrzewanie, już to przez działanie czynników chemicznych. Pokazało się, że ogrzewanie surowic do ciepłoty, graniczącej z ich ciepłotą krzepnięcia, upośledza ich podatność dla otoczkowania, zwłaszcza, gdy chodzi o szczepy mało jadowite, że jednak podatność ta nie ginie często nawet przy jeszcze wyższych ciepłotach. Następujące doświadczenie niech posłuży za przykład:

Dośw. Płyn puchlinowy ludzki, szczep *AZ*. Płyn nieogrzany: $^3/_4$ laseczek z dobremi otoczkami. Płyn ogrzany przez 30′ do 70° słabo opalizujący: $^3/_4$ laseczek z bardzo pięknemi otoczkami.
Płyn ogrz. przez 30′ do 80° silnie opalizujący } słaby rozwój,
» » » » » 90° b. silnie opal. } nieliczne
» » » » » 100° « » » } otoczki.

Inny płyn puchlinowy, mniej wrażliwy na ogrzewanie, okazał jeszcze mniejsze upośledzenie:

Dośw. Płyn nieogrzany: $^3/_4$ laseczek z otoczkami. Płyn ogrzany przez 30′ do 80°: połowa laseczek z otoczkami. Płyn ogrzany przez 30′ do 98° słabo opalizujący: połowa laseczek z otoczkami.

Jeżeli surowicę (wołu lub konia) ściąć skośnie i zaszczepić powierzchnię, to otrzymuje się liczne laseczki otoczkowe, czasem cały pokład składa się wyłącznie z nich, o ile tylko ciepłota ścinania nie była zbyt wysoka (dla surowicy końskiej 70—75° C, dla surowicy wołu 70—80° C). Najlepiej nadają się do tego celu surowice, ścięte przejrzyście lub jeszcze przeświecające, zaś ścięte przy wysokiej ciepłocie (koło 100°) dają mało otoczek lub nie dają ich wcale. Należy przy ocenie tych doświadczeń uwzględnić, że na ściętej powierzchni surowicy wolny dostęp tlenu jako czynnik korzystny przeciwdziała zapewne niekorzystnemu wpływowi, jaki może wywierać na otoczkowanie przemiana surowicy (ciał białkowatych?).

Z przemian chemicznych badałem przedewszystkiem działanie kwasów i zasad; 1% HCl lub też NaOH działał przez godzinę w ciepłocie pokojowej na płyn puchlinowy, następnie przywracałem pierwotny odczyn. Uzyskana w ten sposób acydalbumina wzgl. alkalialbuminat dawały znacznie gorsze otoczkowanie, niż płyn niezmieniony. Znacznie silniej działało trawienie peptyczne i tryptyczne Już po 24-godzinnem działaniu pepsyny wzgl. trypsyny (preparaty Merckowskie 1‰) przy 37° C znikała zdolność wywoływania otoczek, po 9-dniowem trawieniu krzepliwe białko znikło prawie zupełnie, otoczkowanie nie występowało w płynie strawionym, a nadto płyn ten okazywał nową ciekawą własność. Jeżeli płyn ten dodać do płynu pierwotnego niestrawionego, to otoczkowanie ulega zahamowaniu, jak to pokazuje następujące doświadczenie:

Dośw. Szczep *AZ*. Hodowla przez 18 godzin przy 37° C.

I. Płyn straw. pept. + Płyn pierwotny *āā* — rzadkie laseczki otoczkowe.
Płyn straw. pept. 3 cz. + Płyn pierwotny 1 cz. — brak otoczek.
Płyn straw. pept. 7 cz. + Płyn pierwotny 1 cz. — brak otoczek.

II. Płyn straw. trypt. + Płyn pierwotny *āā* — brak otoczek.
Płyn straw. trypt. 3 cz. + Płyn pierwotny 1 cz. — brak otoczek.
Płyn straw. trypt. 7. cz. + Płyn pierwotny 1 cz. — brak otoczek.

III. Rozczyn fizyol. NaCl + Płyn pierwotny *āā* — prawie wszystkie laseczki z dobremi otoczkami.
Rozczyn fizyol. 3 cz. + Płyn pierwotny 1 cz. — prawie wszystkie laseczki z dobremi otoczkami.
Rozczyn fizyol. 7 cz. + Płyn pierwotny 1 cz. — $^1/_3$ laseczek z otoczkami.

Pewnego tłómaczenia tego ciekawego zachowania się nie można na razie podać. O ile przypuścić, że to białko rodzime jest tym składnikiem surowicy, który wywołuje powstawanie otoczek, a nadto, że to białko rodzime jest trudno dostępne dla laseczek wąglikowych, to możnaby zrozumieć, że jeśli się im podaje obok białka rodzimego także strawione, łatwiej przyswajalne, to przenoszą to drugie, a tamto zostawiają nietknięte, przez co naturalnie i otoczki nie wystąpią. W dalszym ciągu podam jeszcze inne fakty, które za tym poglądem przemawiają. Przy strawieniu płynu puchlinowego zapomocą papajotyny przy odczynie kwaśnym przy 80° C (według Delezennea, Moutona i Pożerskiego) uzyskałem również płyn, który pozwalał wprawdzie na bujny wzrost laseczek, nie zaś na otoczkowanie, nie okazując jednak własności hamujących, jak wyżej opisane.

(Dok. nast.)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Grosglik. **Przypadek guza gruczołu krokowego o niezwykłym przebiegu.** (*Medycyna i Kron. lek.* Nr 20—21). Guzy nowotworowe gruczołu krokowego sprawiają czasem bardzo wielkie trudności rozpoznawcze. Za bardzo dla rozpoznania ważne uważa G. bole kulszowe. Przypadek opisany przez G. przebiegał bardzo niezwykle i aż do ostatniej chwili sprawiał wielkie trudności rozpoznawcze. U osobnika, poprzednio zawsze zdrowego, zjawiły się zaburzenia w oddawaniu moczu. Gruczoł krokowy obrzmiały, zwłaszcza po stronie lewej, bardzo bolesny, tętno przyspieszone, ciepłota 38°. W moczu znaleziono prątki, podobne zupełnie do gruźliczych. Rozpoznano gruźlicę sterczu. Powoli przypady zaczęły ustępować, ale w 1/2 roku zjawił się na wewnętrznej powierzchni uda lewego guz chełboczący, sprawiający ogromne bole. Rozpoznano ropień gruźliczy i przystąpiono do nakłucia. Zamiast ropy wydobyto jednak 150 cm³ płynu blado-żółtego. W płynie tym żadnych drobnoustrojów nie było. Płyn zbierał się ponownie i to tak szybko, że trzeba było potem codzień guz nakłuwać i wydobywać do 300 cm³, po nakłuciu bowiem chory doznawał wybitnej ulgi. Nakłuć zrobiono 22. Z powodu coraz większych dolegliwości przystąpił w końcu G. ze Sawickim do operacyi, przy której przekonał się, że guz na udzie nie jest niczem innem, jak jamą, prowadzącą w głąb kości, która była przeżartą, a kanał prowadził do gruczołu krokowego. Badanie wyskrobanych części wykryło utkanie raka. Chory zmarł w 3 tygodnie. Podobnie, jak przebieg, niejasnem jest to obfite i prędkie tworzenie się płynu. Co do prątków, to G. przypuszcza, że nie były to prątki gruźlicze, lecz prątki mastki; dlatego też do badania powinno się mocz zbierać cewnikiem i szczepić zwierzętom. Przypadków takich, w których badanie wykrywało prątki rzekomo gruźlicze, a gruźlicy nie było wcale, opisuje G. ze swych spostrzeżeń 3. Póki nie znajdziemy pewniejszych sposobów odróżniania prątków Kocha od innych, badanie bakteryologiczne będzie zawsze mieć wątpliwą wartość. *K.*

Liek. **Doświadczenia nad krążeniem ubocznem nerki.** (*Deut. Zeit. f. Chirurg.* T. 93, Z. 2). Z doświadczeń swych na zwierzętach dochodzi L. do wniosku, że krążenie uboczne, powstające po obluszczeniu nerki i otuleniu jej siecią, nie jest wcale silne i tak pewne, jak to inni twierdzą; przynajmniej L. nie mógł stwierdzić wcale tworzenia się nowych naczyń między siecią a nerką. L. sądzi, że otulenie siecią raczej tylko chroni nerkę od obumarcia chwilowo, t. j. do czasu, kiedy uboczne krążenie wnęki nerki się utworzy. *K.*

Frank. **Zastosowanie zastoiny Biera w urologii.** (*Mediz. Klin.* 1908 N 21). Zastoinę Biera poleca F. gorąco w leczeniu tryprowych zajęć stawów. Bańki Klappa oddają znów nieocenione usługi w leczeniu dymienic. Według F. nawet tam, gdzie ropa już się tworzy, bańka wywołać może jeszcze rozejście się sprawy. Bole znikają przytem szybko, ciepłota opada, unika się blizn itp. Podobnie ssawkami leczy F. z wynikiem dobrym gruźlicę jąder i jest o wiele więcej zadowolony z tego sposobu leczenia, niż z chirurgicznego. Klosze zakłada F. na mosznę co 2 godziny na 20 minut. *K.*

Seidel. **O przecięciu chrząstki pierwszego żebra przy początkowej gruźlicy szczytów.** (*Münch. med. Woch.* 1908, N 25). Operacye na samych płucach z powodu gruźlicy nie uzyskały prawa obywatelstwa, a to z powodu, że przedewszystkiem w dalej posuniętych już sprawach gruźliczych nigdy nie wiemy, jak rozległa jest sprawa chorobowa, np. czy nie są zajęte także gruczoły oskrzelowe, a dalej operować tu przychodzi zwykle chorych wynędzniałych, nie mających dość sił do tak wielkiego zabiegu. Natomiast obecnie w początkach gruźlicy znajdują coraz większe zastosowanie operacye t. zw. pośrednie, dążące do wyleczenia gruźlicy przez rozszerzenie i uruchomienie górnej części klatki piersiowej, albowiem stwierdzono, że często przy wyleczonej gruźlicy spotyka się na pierwszem żebrze w okolicy chrząstki nowy staw (samowyleczenie), że przy gruźlicy płuc często chrząstka pierwszego żebra bywa skostniałą, a na szczycie płuca bywa wybitny rowek, pochodzący od ucisku przez pierwsze żebro. Przecięcie więc chrząstki pierwszego żebra naśladować ma samoleczenie. Nie należy wycinać większych kawałków chrząstki, gdyż potem tworzy się ściągająca blizna, która niweczy skutek operacyi, lub też zjawiają się nerwobole wskutek ucisku splotu barkowego przez bliznę. Zupełnie wystarcza proste przecięcie, (najlepiej zapomocą nożyc, podanych przez autora), w kierunku od zewnątrz i od dołu, ku wewnątrz i górze. Sam zabieg nie przedstawia wiele trudności technicznych. Cięcie prowadzi się płatowe półkoliste, podstawą zwrócone ku zewnątrz, a wypukłością ku mostkowi (od góry do obojczyka, od dołu do 2. żebra), rozdziela się na tępo mięsień piersiowy w miejscu połączenia włókien jego części mostkowej i obojczykowej i zaraz dochodzi się do chrząstki pierwszego żebra. Po oddzieleniu od przodu i boków ochrzęstnej wycina się nożycami paseczek (na 1/2 cm. odległy od granicy kostnej części żebra). Pomiędzy wycięte części celem stworzenia rzekomego stawu wsuwa się trochę mięśnia, potem zeszywa się mięsień piersiowy, a wreszcie skórę. Do operacyi nadają się jedynie przypadki gruźlicy w początkowych okresach u ludzi dorosłych, zwłaszcza tam, gdzie chrząstka jest skostniała, a leczenie wewnętrzne nie pomaga. Na pojawienie się prątków w plwocinie nie należy czekać. Dwa w ten sposób operowane przez S. przypadki zakończyły się wcale pomyślnie. *K.*

Schütte. **Przypadek szwu płuca z powodu ciężkiego krwotoku po postrzale.** (*Münch. med. Woch.* 1908, N 26). S. u samobójcy, który przestrzelił sobie płuca, a nadto strzelił sobie dwa razy w głowę, zeszył w 2 miejscach w 15 minut po wypadku płuco. Klatkę piersiową otworzył S. płatowo od przodu. Chory po operacyi przyszedł o tyle do siebie, że w 12 godzin mógł S. przystąpić znów do operacyi na głowie (wyjęcie odłamków kostnych i kuli) i wycięcia 9. żebra od tyłu, gdzie z obawy zakażenia ropnego założył gumowy sączek. Wyzdrowienie. *K.*

Prof. Turner. **O klepaniu, jako sposobie przyspieszenia zagojenia złamań i leczenia stawów wrzekomych.** (*Russk. Wracz.* 1908, Nr 15). We wrześniu na oddział prof. Turnera (w Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu) wstąpił żołnierz, który podczas wojny odniósł niepowikłane złamanie prawej kości ramiennej w średniej 1/3, po którem pozostał staw wrzekomy. Mimo wszelkich starań kość się nie zrastała w ciągu 5 1/2 miesięcy. Chcąc przyspieszyć zagojenie, spróbował T. pewnego rodzaju miesienia, by podrażnić okostną i wywołać zwiększony dopływ krwi do niej. Uderzając krótko i dość silnie młotkiem perkusyjnym wzdłuż całej linii złamania kości, dochodził T. do tego, że cała skóra w okolicy złamania czerwieniała i grubiała, tak że nie ulegało wątpliwości, iż zwiększony dopływ krwi sięgał aż do okostnej. Klepanie takie wywoływało niewielki tylko ból, który chory znosił dobrze. Pod wpływem codziennego kilkuminutowego klepania tworzenie się kostniny szło bardzo prędko i chory wkrótce wyszedł ze szpitala zupełnie wyleczony, gdyż ruchy ręki miał zupełnie swobodne. Ten sposób leczenia złamań kości zastosował T. jeszcze w 3 przypadkach z pomyślnym wynikiem i gorąco go zaleca. *L. Orłowski* (Ptsbg.)

Wagner. **O leczeniu wiewiórowych zapaleń stawów gorącem powietrzem.** (*Mediz. Klinik.* 1908, Nr 25). W. zdaje sprawę z leczenia 74 przypadków wiewiórowych zapaleń stawów gorącem powietrzem. Wyniki są wogóle bardzo dobre, a znacznie lepsze, niż przy leczeniu chirurgicznem. Prócz gorącego powietrza stosowano szyny, wysokie ułożenie, smarowanie nalewką jodową i gorące okłady. Nawet bardzo ciężkie przypadki wyleczono, a z 39 najcięższych zaledwo w 2 pozostały poważniejsze zmiany, a w 5 nieznaczne. Chirurgiczne leczenie nigdy nie daje dobrych wyników. Leczenie gorącem powietrzem usuwa szybko bolesność i dlatego dozwala przystąpić rychło do ruchów. W 6 przypadkach spostrzegano nawroty, przyczem i inne stawy uległy zajęciu. *K.*

Baetzner. **W sprawie leczenia wiewiórowego zapalenia wielkich stawów zastoiną.** (*Deutsch. Zeit f. Chir.* T. 93, Z. I.). B. podnosi korzystne działanie zastoiny przy wiewiórowem zajęciu stawów. Łagodzi ono bole, skraca czas choroby i leczenia, zastosować je łatwo, a stawy po niem zachowują dobrą ruchomość. B. leczył w ten sposób z dobrym skutkiem 40 przypadków. *K.*

Buchmann. **Leczenie kostnych zesztywnień łokcia zapomocą przeszczepiania całych stawów.** (*Zentbl. f. Chir.* 1908, Nr 19). Na podstawie swych dwóch przypadków zachęca B. do leczenia kostnych zesztywnień stawów zapomocą przeszczepiania. U wspomnianych dwóch chorych wszczepił B. cały nieotwarty staw śródstopnopalcowy w odpowiednio operacyjnie uformowany łokieć z wynikiem zupełnie dobrym. Pierwszy opatrunek w położeniu wyprostowanem utrzymuje się dwa tygodnie, a następny zakłada się na kończynę zgiętą. Do przeszczepiania użył B. stawu z tegosamego osobnika; czynność stopy niewiele na tem traci. *K.*

Laryngologia.

Hajek. **W sprawie ropniaka jamy szczękowej pochodzenia zębowego.** (*Wien. kl. Wochs.* 1908, Nr 16). Na podstawie własnych 20 przypadków ropniaków (*empyema*) zatoki szczękowej pochodzenia zębowego dzieli je H. na 2 grupy według tego, czy ropniak zależy od zmian zapalnych ostrych korzenia zębowego i okolicy zębodołu, czy też od spraw przewlekłych. W grupie pierwszej powodem do zakażenia zatoki szczękowej może być: *a)* Ostry ropień korzenia; zazwyczaj rozpoczyna się sprawa silnym bolem zęba drugiego dwuguzikowego lub następnych trzonowych, niekiedy obrzękiem okostnej wyrostka zębodołowego, a następnie pokazuje się wypływ ropny z nosa. *b)* Ostre zapalenie okostnej wyrostka zębodołowego przy próchnieniu zęba, może przebić do jamy szczękowej, wreszcie może zakazić jamę szczękową. *c)* Ostre zapalenie kości i obumarcie wyrostka zębodołowego, towarzyszące próchnieniu lub urazowe. W przypadkach grupy drugiej: *a)* ziarniniak lub ropna torbiel, powstałe przy przewlekłem zapaleniu okostnej korzenia, mogą przez zniszczenie kości przebić do jamy szczękowej. Najczęściej następuje to nawet bez objawów podmiotowych i przedmiotowych. *b)* Zakażenie jamy szczękowej może dalej nastąpić przy zapaleniu korzenia zębowego drogą około naczyń chłonnych, krwionośnych albo nerwów. *c)* Ropniak jamy szczękowej powstać też może w następstwie ostrego zapalenia, wywołanego przy sposobności leczenia miazgi zębowej lub ziarniniaka korzenia zębowego, a wreszcie *d)* przez przebicie zropiałej torbieli szczękowej do jamy szczękowej, co jednak zdarza się rzadko, gdyż torbiele szczękowe przebijają zwykle do dolnego przewodu nosowego lub ku jamie ustnej. *A. B.*

Wolf. **O ostatecznych wynikach po tracheotomii.** (*Deuts. med. Wochs.* 1908, Nr 17). W. na podstawie materyału z 12 lat z kliniki chirurgicznej w Lipsku staje w obronie tracheotomii (w krupie), gdyż daje ona dobre wyniki; zwężenia występują częściej raczej w następstwie blizn po odleżynie przy intubacyi. *K.*

Położnictwo i ginekologia.

Franz Cohn. **Wycięcie klina z trzonu macicy z powodu przewlekłego zapalenia macicy, w szczególności przy operacyi wypadnięć.** (*Arch. f. Gyn.* t. 84, z. I). Dotychczasowe postępowanie w przypadkach zmian przewlekłych macicy, połączonych z wypadnięciem, polegające na wyskrobaniu macicy, ustaleniu jej (*vaginifixatio*) i wykonaniu operacyi plastycznej, bardzo często zawodzi i naraża chore na ponowne skrobania, a nawet, jeżeli krwawienia nie ustają, na wyjęcie całej macicy. Ponieważ jednak macica stanowi przy plastycznej operacyi wypadnięcia pochwy ważną podporę, przeto wyjęcie macicy naraża chorą na pewny nawrót wypadnięcia; jeszcze ważniejsze są przykre następstwa utraty macicy samej. To też Pfannenstiel poleca zabieg następujący: wyciąwszy płat owalny z przedniej ściany pochwy, oddziela się pęcherz moczowy od brzegów utworzonej powierzchni rannej i od macicy, posuwając go ostrożnie ku górze aż poza macicę; następnie przecina się fałd otrzewny pęcherzowo-maciczny i wyciąga trzon macicy przed srom. Jeżeli część pochwowa jest silnie przerosła, należy ją przedtem amputować. Z przedniej i tylnej ściany wyciągniętego trzonu wycina się teraz klin, zabierając przytem całą błonę śluzową macicy. W ten sposób pozostałe połowy powinny razem po zeszyciu odpowiadać wielkości prawidłowej macicy. Dość znaczne krwawienie można ograniczyć przez naciągnięcie obu połów, a zresztą ustaje ono przez szybkie założenie szwów. Szwy jedno- lub dwupiętrowe, zależnie od grubości ściany, rozpoczyna się zakładać od najniższego punktu cięcia na tylnej powierzchni i przechodząc przez dno, kończy się je na przedniej powierzchni macicy w okolicy ujścia wewnętrznego. Jako materyał do szycia poleca C. katgut jodynowany. Następnie przyszywa się macicę w wysokości więzadeł okrągłych zapomocą 2 szwów silkwormowych do brzegów pochwy tuż pod ujściem cewki i wykonywa się kolporafię przednią i tylną i plastykę krocza. W okresie pooperacyjnym występują czasem wysokie wzniesienia ciepłoty, które należy uważać za gorączkę resorpcyjną. 30 w ten sposób operowanych kobiet opuściły klinikę zupełnie wyleczone w 3. tygodniu po operacyi. Wykonując tę operacyę, rezygnuje się naturalnie z góry z możliwości zastąpienia i to tem łatwiej, że stosuje się ją zwykle u kobiet starszych i wieloródek; świadomość posiadania macicy ma jednak dla tych kobiet wielkie znaczenie. C. spostrzegał nawet miesiączkowanie po operacyi, co jest możliwe, jeżeli pozostały choćby małe tylko resztki błony śluzowej macicy.

Dr E. Ehrenpreis.

Fischer. **Podwójny wziernik pochwowy, równocześnie dozwalający wykonywać ssanie i płukanie.** (*Münch. med. Wochs.*, 1908, Nr 28). Ssawki, stosowane dotychczas na część pochwową, miały tę wadę, że wciągały zanadto część pochwową i nieraz wywoływały jej wydłużenie, a przy nadżerkach krwotoki, nie działały wcale na tkankę przymaciczną, wreszcie nie dozwalały w czasie ssania usuwać zaległej wydzieliny. By te braki usunąć, podaje F. ssawkę, która w zasadzie składa się z dwóch wzierników. Przestrzeń pomiędzy ścianami obu wzierników połączona jest z balonikiem i ssanie odbywa się właśnie przez nią, gdy część pochwowa leży wolno we wzierniku wewnętrznym. Przez to po pierwsze można swobodnie przez cały czas ssania płukać i usuwać wydzielinę, a następnie ssawka działa i na tkankę przymaciczną, nie wywołuje wyciągnięcia części pochwowej, wskutek czego stosować można ssanie częściej i dłużej. Podobne obrączkowo ssące aparaciki poleca F. także w celach chirurgicznych, n. p. przy leczeniu wrzodzianek. *K.*

Hörrmann. **Odczyn oczny przy gruźlicy narządów płciowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 26). Gruźlica narządów płciowych kobiecych sprawia nieraz wielkie trudności rozpoznawcze; z tego też powodu starał się H. zbadać, jakie znaczenie ma tu odczyn oczny i doszedł do przekonania, że chore, u których kliniczne rozpoznanie jest pewne (z wyjątkiem chyba bardzo wyniszczonych chorych) oddziaływają wybitnie (ale wtedy o rozpoznanie już nie chodzi). Odczyn nie może naturalnie określić siedliska choroby, ani też niema sposobu stwierdzić, że przyczyną odczynu jest właśnie gruźlica części płciowych, a nie inne ognisko, zwłaszcza, że gruźlica części płciowych jest zwykle chorobą wtórną. Dodatni wynik próby spotkać można i u osób nie dotkniętych gruźlicą, ujemny wcale gruźlicy nie wyłącza. *K.*

Fraenkel. **Niweczniki jajnikowe, a zmięknienie kości.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 25). Dobre wyniki po trzebieniu w zmięknieniu kości naprowadzają na myśl leczenia tej choroby niwecznikami jajnikowymi. Należałoby substancyę jajników przeprowadzać przez ciało zwierzęce, by otrzymać niwecznik jajnikowy przeciw wydzielinie jajników ludzkich. Tak wewnętrzne, jak podskórne lub śródotrzewne wprowadzanie jajników zwierzętom jest bardzo trudne i kosztowne, dlatego też F. zwrócił się do innego sposobu, mianowicie starał się uzyskiwać niweczniki z mleka zwierząt trzebionych, spodziewając się, że niweczniki jajnikowe podobnie, jak n. p. rhodagen, przechodzą do mleka. Do doświadczeń używał F. kozy, która po trzebieniu dawała tak samo jak przedtem stale $2^1/_2$ mleka dziennie. Jak dotąd, wyniki leczenia tem mlekiem w zmięknieniu kości zachęcają do dalszych prób. Leczenie to możnaby prócz tego zastosować w zaburzeniach miesiączkowania, krwotokach, n. p. przy mięśniakach i t. p. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
(Wydział matematyczno-przyrodniczy).

Posiedzenie dnia 6. lipca 1908 r.

1) Czł. K. Kostanecki przedstawia pracę p. Bronisławy Konopackiej p. t.: **Wpływ przyśpieszenia odśrodkowego na rozwój jajek żabich.**

Autorka przedstawia w historycznym wstępie literaturę przedmiotu, zwracając uwagę na to, że w dotychczasowych badaniach nad działaniem przyśpieszenia odśrodkowego nie ograniczono się do określonych stadyów embryonalnych, ale rozciągano je na znaczny szereg następujących po sobie okresów. W pracy autorki zarodki żaby (rana fusca) pozostawały pod wpływem znacznego przyśpieszenia odśrodkowego (228 g) w ściśle określonych stadyach przez czas krótki (kilkanaście minut); albo też przez kilka godzin, pod wpływem słabego przyśpieszenia odśrodkowego (10—12 g). W tym ostatnim razie, z pomocą obniżenia ciepłoty zahamowywano przebieg rozwoju na okres czasu, przez który trwało wirowanie.

Na podstawie tych doświadczeń dochodzi autorka do następujących wyników: 1. Wirowanie jaj niezapłodnionych wywoływało bardzo słabe zmiany w ich budowie. W początku rozwoju stwierdzono w pewnym procencie przypadków przesunięcie się I. brózdy na boczną stronę, tem samem — powstawanie dwóch blastomerów nierównej objętości. 2. Działanie przyśpie-

szenia odśrodkowego wywołuje w jajkach, do których dodano nasienia, charakterystyczne uwarstwienie substancyi w jajku zawartych. Jaja zapłodnione, w których drogą przyśpieszenia odśrodkowego dokonano przekształceń wewnętrznej budowy, okazywały w rozwoju zmiany różne, zależnie od momentu zapłodnienia, w którym działało przyśpieszenie odśrodkowe: *a)* w jajach, wirowanych przed wniknięciem plemnika do jaja, zarówno I. podział, jak i dalszy rozwój był prawidłowy; *b)* w jajach wirowanych podczas kopulacyi jąder i podczas karyokinezy jądra kopulacyjnego I. podział przebiegał w ten sposób, że się tworzyły dwa nierównej wielkości blastomery. W dalszym rozwoju jeden z blastomerów czasami wcale się nie dzielił, tak, że ostatecznym wynikiem rozwoju bywały częstokroć połowiczne zarodki. 3. W rozwoju jaj wirowanych w okresie 2 blastomerów, II. brózda bywała przesunięta poza płaszczyznę symetryi. Dalszy rozwój prowadził tu również częstokroć do utworzenia połowicznych zarodków. 4. Zarodki, wirowane w okresie tworzenia się III. brózdy, okazywały tarczowy typ brózdkowania. Skoro jednak przyspieszenie odśrodkowe działało na zarodki, w których III. brózda już się w zupełności ustaliła, mogły nastąpić procesy regulacyjne. Kiedy natomiast wirowano zarodki bezpośrednio przed lub zaraz po ukazaniu się III brózdy, wtedy regulacya była niemożliwa, zarodki w dalszym procesie rozwoju tworzyły embryony o charakterze *spina bifida*, albo też obumierały. 5. Przez wirowanie powolne, długotrwające, ograniczone także do jednego stadyum, budowa jaj, względnie zarodków, nie ulegała tak wybitnym zmianom, ale zmiany wywołane w dalszym rozwoju były takie same, jak pod wpływem wirowania krótkiego, a mocnego. 6. Ostateczny wynik rozwoju zależy od tego, w którym okresie rozwoju działało przyśpieszenie odśrodkowe na jaja lub na zarodki. 7. Badania nad wpływem ciepłoty na sprawy regulacyjne wykazały, że: *a)* podniesienie ciepłoty przyśpiesza regulacyjne przekształcenie, tak samo, jak przyśpiesza tempo rozwojowe; *b)* procesy odtwarzania pierwotnej budowy posuwają się naprzód równolegle z postępem rozwoju, nie zaś równolegle z upływem czasu.

2) Czł. E. Godlewski i czł. K. Kostanecki zdają sprawę z pracy p. Kazimierza Białaszewicza p. t.: **Przyczynki do badań nad wzrokiem zarodków płazów.**

Dotychczasowa literatura uwzględnia sprawy wzrostu do piero w późniejszych okresach rozwojowych. Z wyników prac Davenporta i Schapera wiadomo, że przyrost objętości w stadyach, badanych przez tych autorów (począwszy od 5-go dnia), odbywa się głównie przez pobieranie wody. Autor zwraca uwagę na niedostateczną ścisłość metod, stosowanych w pracach dotychczasowych, oraz na niemożliwość zastosowania tych metod do początkowych okresów rozwojowych. W pracy swojej stawia sobie autor za zadanie: 1. Zbadać, czy i o ile wzrasta objętość w początkowych okresach rozwoju. 2. Zbadać zachowanie się masy suchej zarodków, oraz sprawę pobierania wody w okresie rozwoju w obrębie błon i szybkość pobierania wody przez pewien czas po wydobyciu się zarodków z błon. 3. Zbadać wpływ ciepłoty na szybkość pobierania wody z uwzględnieniem stadyów rozwojowych.

Autor posługiwał się następującemi metodami: *a)* w początkowych okresach rozwoju wzrost zarodków obliczał na podstawie pomiarów, dokonywanych z pomocą okularu śrubowego. *b)* Objętość zarodków od czwartego dnia rozwoju wyliczał ze stosunku wagi zarodków za życia do ich ciężaru właściwego, wyznaczanego metodą Lyona.

Na podstawie badań, w ten sposób wykonanych, dochodzi autor do następujących wniosków: 1. W okresie rozwoju w obrębie błon jajowych ma miejsce stałe ubywanie substancyi suchej zarodków; galareta nie stanowi zatem źródła, z którego zarodek aż do chwili wyklucia czerpać mógł substancye odżywcze. Ten fakt zasługuje na uwagę także z tego względu, że po wykluciu zarodki żywione galaretą jaj okazują przyrost substancyi suchej. 2. Wzrost odnieść należy wyłącznie do absorbcyi wody. 3. Woda, pobrana przez zarodki w początkowych stadyach rozwojowych, gromadzi się w przestrzeniach międzykomórkowych, nie śródkomórkowo, co wynika z badań, prowadzonych metodą rekonstrukcyi plastycznej. 4. Absorbcya wody zaczyna się odrazu po wniknięciu plemnika. 5. Okres tworzenia priviteliny odbija się spadkiem objętości jaja, występującym w ciągu drugiej godziny po dodaniu nasienia. 6. Absorbcya wody odbywa się stale przez cały okres brózdkowania. 7. Powiększanie się objętości w okresie gastrulacyi postępuje szybciej, niż w okresach brózdkowania. 8. W czasie rozwoju w obrębie błon największa szybkość absorbcyi występuje w początkowych okresach. 9. Szybkość absorbcyi wody po wykluciu idzie równolegle z podniesieniem intensywności przemiany materyi. 10. Podniesienie ciepłoty, zwiększając szybkość rozwoju, przyśpiesza równomiernie szybkość absorbcyi wody. 11. Szybkość pobicrania wody nie zależy od upływu czasu, lecz od stadyum rozwojowego. 12. Przepuszczalność protoplazmy dla wody jest wybitnie zależna od ciepłoty, jak to dla komórek roślinnych stwierdzone zostało przez Krabbego i van Rysselberghego. (Dok. nast.)

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Sprawozdanie z posiedzeń XIII—XVII, poświęconych sprawie
zapalenia wyrostka robaczkowego
zestawił **Witołd Nowicki.**

(Ciąg dalszy).

Prof. Ziembicki zwraca uwagę na niezwykłą gwałtowność przebiegu niektórych przypadków zapalenia wyrostka i sądzi, że pozostaje ona w związku z jadowitością zakażenia. I w tych »jadowitych« przypadkach operacya jest bardzo wskazana. W innych fazach zapalenia wyrostka rozstrzygnięcie wskazania do operacyi nieraz jest bardzo trudne, a składają się na to dwa czynniki: brak znajomości danego stanu anatomicznego i stosunek siły zarazka do sił chorego. Nie należy podawać ani olejku rącznikowego, ani makowca, co najwyżej w razie silnych bolów $^1/_2$ cgr. morfiny. Należy potępić owo stawianie pijawek przy zapaleniu wyrostka, które zanieczyszcza tylko ewentualne pole operacyjne, jakoteż to ustawiczne obmacywanie i gniecenie, ktore tylko szkodę przynosi choremu.

Prof. Mars niema wprawdzie doświadczenia w sprawie zapalenia wyrostka i nie wiele przypadków spostrzegał u kobiet, widzi jednak pewien rozłam między internistami, a chirurgami; pierwsi radzą czekać, drudzy wobec niepewnego rozpoznania wahają się z wykonaniem operacyi. M. zwraca uwagę na próbne otwarcie jamy brzusznej, która, jak Mikulicz twierdził już przed 30 laty, jest zabiegiem dość niewinnym, i nie niebezpieczniejszym, niż głębokie nacięcie uda. Samo otwarcie jamy brzusznej nie jest powodem wahania się śmiertelności między 4 a 20% przeszło, ale późne operowanie. Owa próbna laparotomia w niepewnych co do rozpoznania przypadkach może się często zamienić na laparatomię w celu leczniczym. Co do zdania internistów, że wiele przypadków bez operacyi zostaje wyleczonych, to trzeba się zapytać, czy na pewne zostały wyleczone i czy zawsze było to zapalenie wyrostka? Sam M. oświadcza się za wczesnem operowaniem.

Prof. Rydygier uważałby chętnie zapalenie wyrostka jako własność internistów, gdyby mu wcześnie umieli podać trafne rozpoznanie, a nie wówczas, gdy już są zmiany poważne, a nawet powikłania. Po 24 godzinach choroby nie miał ani jednego przypadku operacyjnego. Po 3 i 4 dniach widział ciężkie postacie zgorzelinowe. Wogóle należy możliwie wcześnie operować. Rozpoznanie dłużej trwającego zapalenia wyrostka napotyka czasem na poważne trudności, czego R. przytacza przykłady. Nie wspomina już R. znanych rzeczy, że operacya jest niebezpieczniejszą, gdy nie ma »plastronu«, lub gdy ropienie szerzy się ku górze. R. poleca w każdym przypadku szukać wyrostka i wycinać go, w przeciwnym bowiem razie tworzą się nowe ropnie i t. d. i sprawa się przedłuża.

Prof. Gluziński. Rozdzielanie choroby omawianej między internistów a chirurgów jest bezpodstawne; G. sam w każdym przypadku zapalenia wyrostka wzywa chirurga. Jakie są wahania w leczeniu tej choroby, za przykład niech posłuży sam Sonnenburg, przedtem gorący zwolennik niezwłocznej operacyi po 24 godzinach, dziś zwolennik olejku rącznikowego. G. nie zgadza się z prof. Marsem na zapatrywanie, że tam, gdzie bez operacyi było zejście dobre, to prawdopodobnie nie było to zapalenie wyrostka, bo znamy przypadki, gdzie po 7 latach wystąpił ponowny napad. Laparotomia próbna nie jest rzeczą niewinną. *Primum non nocere*! Szczytem marzeń w całej sprawie zapalenia wyrostka jest możność rozpoznania chwili przebicia!

Dr Hornowski nie może się zgodzić z prof. Barącczem na przypisywanie tak ważnej roli czynnikom mechanicznym w patogenezie zapalenia wyrostka. Doświadczenia na zwierzętach połączone są z tak brutalnem postępowaniem i odbywają się w takich warunkach, jakich w ustroju nie spotykamy. Samo wyjmowanie wyrostka niezmienionego (kradzionego) wywołuje wybroczyny w błonie śluzowej i t. p. zmiany. Badanie wyrostków, zawierających ciała obce, kamienie, pasorzyty itd. nie stwierdziło

często żadnych zmian w ścianach wyrostka, co najwyżej zanik (H. przedstawia odpowiedni preparat). Przy ocenianiu działania ciał obcych we wyrostku trzeba liczyć się z faktem przystosowania się przewodu pokarmowego do ciał obcych. Na potwierdzenie teoryi zakaźnej przy zapaleniu wyrostka przytacza H. przykłady, tyczące się chorych na zapalenie wyrostka. H. zwraca uwagę na nagłe zmniejszanie się leukocytozy wówczas, gdy ropień ma dążność do przebicia się na zewnątrz, fakt, który H. spostrzegł u kilku chorych. Nie jest stanowczym przeciwnikiem podawania makowca, zwłaszcza tam, gdzie z powodu beladonny są objawy lekkiego zatrucia; trzeba tylko makowiec podawać racyonalnie, a nie *larga manu* i stosować równoczesne wlewania ciepłej wody z gliceryną do odbytnicy. Po operacyach zapalenia wyrostka, niezależnie od sposobu operacyi widywał H. przepukliny; nie jest zwolennikiem apodyktycznych wskazań do operacyi; trzeba zawsze dokładnie rozważyć wszystkie »za« i »przeciw«.

Prof. Bar ą cz nie zgadza się z prym. Piskiem, by przy zapaleniu wyrostka nie było rokowania; ono jest, ale zależne od czasu operowania. Trzeba operować w pierwszych 24 godzinach. Leukocytoza w pierwszych 2 dniach ma znaczenie rozpoznawcze, a jeżeli jest wysoka (ponad 20000), to stanowi wskazanie do operacyi. Operację powinno się opóźnić jedynie w początku wytwarzania się ropnia, celem jego otorbienia się, najdłużej 4—5 dni. Przy ogólnem ropnem zapaleniu otrzewnej miał B. złe wyniki. B. wspomina w końcu o postępowaniu amerykańskich chirurgów przy ropnem zapaleniu otrzewnej (Murphy, Blok i Hotchkiss).

Prof. Ziembicki nie uważa za słuszne zdania prym. Piska, że jeżeli niema wyliczonych przez niego objawów, to niema zapalenia wyrostka. Z. bezwględnie odrzuca myśl prof. Marsa co do laparotomii próbnej przy zapaleniu wyrostka. (Dok. nast.)

Sprostowanie. W Nr 31 »Przegl. lek.« na str. 426, szpalta lewa, ustęp ostatni, w przemówieniu prym. Piseka: wiersz piąty, zamiast ...Haura i Frosinga — ma być: »...Lanza, i stosować sposób Rovsinga«; wiersz szósty zamiast ...Norrisa 14 ctm — ma być »...Morrisa 4 ctm«.

Klimat zimowy Egiptu i Hélouan [1].

Podał

Dr Jan Brodzki.

(Kudowa i Hélouan).

Już starym Rzymianom znane były zalety klimatu egipskiego, a od wielu już lat dziesiątków do krainy Nilu napływają coraz liczniejsze zastępy chorych, a nawet zdrowych, pragnących zakosztować dobrodziejstw suchej zimy.

Klimat Egiptu ma cechy zdecydowanego klimatu pustynnego.

Ten, kto z wyżyn Kairu rzuci okiem na nieskończony obraz pustyni, ciągnącej się po obu stronach wązkiej, zielonej doliny Nilu, odrazu zrozumie, że Egipt jest właściwie tylko małą cząstką pustyni Sahary.

Zapisywane corocznie od r. 1868 po trzygodzinnej obserwacyi średnie miesięczne, co do ciśnienia powietrza, ciepłoty i wilgotności powietrza stwierdzają, że średnia ciepłota najzimniejszego w Egipcie miesiąca, t. j. stycznia przewyższa o wiele średnią ciepłotę maja we Frankfurcie nad Menem.

Główne zajęcie nasze budzi Hélouan, tuż poza Kairem położona miejscowość lecznicza, klimatyczna stacya dla chorych na nerki, suchotników, astmatyków, również dla chorych na gościec stawowy, przewlekłe nieżyty oskrzeli, dnę, kiłę, wreszcie dla nerwowych (bezsenność). Hélouan, po arabsku Hilvân, leży ku południowi o pięć kilometrów od Kairu, a trzy kilometry ku wschodowi od wybrzeża Nilu, na wyniesionem o 190 m. nad poziom morza płaskowzgórzu, ciągnącem się od północo-zachodu ku południo-wschodowi, a otoczonem stromymi wapieniami łańcucha gór Mokatam.

Hélouan składa się z jakichś około 800 willi, t. j. białych, o płaskim dachu kamiennych domów, zajętych przez 8000 mieszkańców, a tworzy uderzający kontrast z zielonymi, kwieciem obsypanymi ogrodami i zadrzewionemi alejami Kairu.

Daleko od mrowiska turystów, puste pozornie i samotne, leży Hélouan w cichym spokoju, pociągnięte blado-żółtawym jednostajnym tonem wapienia pustyni, w morzu ze wszech stron odbijających się wilgotnych świateł. Ponieważ tu ziemię dla każdego drzewka z dużym nakładem z pobliskiej doliny Nilu sprowadzać się musi, mało się przeto widzi ogrodów i plantacyi; tylko ku zachodowi u stóp Hélonanu rozciąga się daktylowemi gaikami zadrzewiona zielona dolina, po której srebrny Nil w majestatycznych wije się skrętach. Na prawem jego wybrzeżu ciągnie się bezmierna libijska pustynia z mnóstwem wielkich i małych pyramid Dashoura, Sakkaratu i Abusiru, które pod przepięknym kolorytem egipskiego nieba tworzą wspaniałą panoramę olbrzymów.

Wzrastającą sławę swoją zawdzięcza Hélouan nietylko ciepłemu suchemu klimatowi pustynnemu, ale i znanym już prawdopodobnie w starożytności, a w r. 1871 na nowo zbadanym cieplicom siarczanym (ciepłota 31° C.) zawierającym podług badań Prof. Attfielda w litrze 59% siarkowodoru (H_2S) i 5% soli kuchennej, należącym tem samem do najbogatszych w świecie cieplic siarczanych, z których najsilniejsze posiadają: Herculesbad: 42,6 H_2S, Nenndorf: 42,3 H_2S, Aix les Bains: 27,2 Weilbach: 5,1 i Akwizgran 3,9 H_2S, jak więc widzimy, o wiele od Hélouańskich źródeł mniej. Źródła w Hélouan były przed ćwierćwieczem zupełnie prawie zagrzebane pod czterometrowym pokładem gruzu pustynnego i dopiero w końcu szóstego dziesięciolecia XIX. wieku zostały przez niemieckiego lekarza Dra Reila na nowo odkryte i oddane do użytku chorych; tenże również lekarz podniósł wielkie znaczenie Hélouanu nietylko jako miejsca kąpielowego, ale też jako stacyi klimatycznej. i na jego to przedstawienia Kedyw Ismail Pasza, którego Reil był nadwornym lekarzem, wielkim nakładem pieniężnym nad głównem źródłem zbudował dom kąpielowy [2]).

W kilka lat później (1879) za staraniem małżonki rosyjskiego konsula generalnego de Lexa Hélouan jeszcze bardziej się rozwinęło. Potrafiła ona bowiem zainteresować tą miejscowością do tego stopnia kedywa Tewfik Paszę, ojca obecnego kedywa Abbassa II., że zbudował tutaj dla siebie pałac. Od tej chwili zaczęło się Hélouan żywo zabudowywać, przyczem starano się, ażeby nie zatrzeć charakteru pustyni, ale zachować go o ile możności. Wszystkie domy miały stać swobodnie, nie zaciśnione, dostępne ze wszech stron dla światła i powietrza, tak że obecnie, mieszkając w europejskich hotelach i pensyonatach urządzonych z całym komfortem nowoczesnym, jest się zarówno, jak ongi wpośród cudownie ożywczego powietrza, a zarazem w morzu światła pustyni.

Właściwy czas kuracyjny zaczyna się w końcu listopada i trwa do połowy kwietnia. W zimie średnia ciepłota waha się pomiędzy 12° i 30°, w lecie zaś ciepłota dochodzi do 43° w cieniu, a przy wianiu Chamsinu nawet do 46°. Maximum średnie wynosi: w grudniu 22°, w styczniu 19$^1/_3$° (druga połowa stycznia jest w Hélouanie najzimniejsza), w lutym 23°, w marcu 25°. Średnie minimum w czterech zimowych miesiącach wynosi 12°; dzienne wahanie ciepłoty około 8°. Ciepłota od wschodu słońca do godziny 11 przedpołudniem wznosi się szybko, potem wolniej, aż między godziną 2 do 3 popołudniu dosięga najwyższego napięcia. Od tej chwili ciepłota znów opada zwolna aż do następnego ranka, spadek jednak ciepłoty po zachodzie słońca jest stosunkowo niewielki.

W Assuanie odległym od Kairu o 887 km., położonem przy pierwszej katarakcie Nilu, do którego dojazd koleją trwa 20—23 godzin, średnia maksymalna ciepłota wynosi: w grudniu i styczniu 25$^1/_2$°, w lutym 28°. a w marcu 33°. Średnie minimum w 4 zimowych miesiącach wynosi 32$^1/_2$°.

Okolica jest piękna, pobyt jednakże chorych cierpi czasem przez to, że w marcu i kwietniu w nierównych odstępach czasu wiatr południowo-zachodni (t. zw. Chamsin 38°—41°), przeciągając od strony równika, przynosi z sobą miałki pył, który szczególniej na osłabiony mięsień sercowy ludzi chorych na nerki działa szkodliwie. Pył ten bywa czasem tak gorący, że w nim n. p. jajko na twardo ugotować można. Oprócz tego dla niektórych ciężko chorych na nerki wielkie oddalenie: (godzin 20—23 koleją) od miejsca wylądowania, również na uwagę wziąść należy.

Wiadomą jest rzeczą, że ciepłota danej miejscowości zależy od jej stopnia szerokości geograficznej, t. j. od stosunku

---

[1]) Według wykładu na IV. Zjeździe przyrodników i lekarzy słowiańskich w Pradze 6—10 czerwca 1908).

[2]) Zbudowany w stylu maurytańskim przez rząd egipski, otwarty w grudniu 1899 r., posiada wanny do kąpieli siarczanych, jak również i zwykłych, dalej kąpiele elektryczne, świetlne, oprócz tego urządzenia do inhalacyi, do kąpieli słonecznych i świetlnych, z ogrzanego powietrza i parowych.

Porównawcza tabela średniej ciepłoty (Celsjusz), wilgotności i t. d., według Dra Engel Bey, »le climat d'Egypte«.

Liczba porządkowa	Miejscowość	Listopad			Grudzień			Styczeń			Luty			Marzec		
		Średnia ciepłota	Względna wilgotność	Opady (deszczowe dni) mm.	Średnia ciepłota	Względna wilgotność	Opady (deszczowe dni) mm.	Średnia ciepłota	Względna wilgotność	Opady (deszczowe dni) mm.	Średnia ciepłota	Względna wilgotność	Opady (deszczowe dni) mm.	Średnia ciepłota	Względna wilgotność	Opady (deszczowe dni) mm.
1.	Berlin	3,9	83	45 (15)	0,8	85	48 (15)	0,6	85	38 (14)	0,8	81	38 (13)	3,6	76	43(14,5)
2.	Neapol	12.3	73	115 (13)	9,5	73	105 (12)	8,2	72	88 12)	9,3	72	71 (10,5)	12,8	69	73 (11)
3.	Kair	18,1	69,4	4,6 (3)	14,3	70,6	8 (6)	12,4	68,4	6 (6)	12,8	62,7	5,5	16,4	58,5	4 (3)
4.	Hélouan	18,8	56	2 (1)	15	63	3 (3)	13	58	7,5 (2)	14,6	55	10 (2)	17,4	49,5	1 (—)
5.	Assuan	22,5	48	—	18,3	55	—	15,5	56	—	17,2	47	0	22	47	0

jej położenia do słońca. Osłonecznienie zaś zależy znowu od załamywania się i wchłaniania promieni, jak również od zachmurzenia i wilgotności powietrza. Otóż pomiary robione od r. 1900 w obserwatoryum kairskiem stwierdziły, że w Kairze, a bardziej jeszcze w Hélouan, trwa 3—5 razy tak długo słoneczne światło w zimie, jak n. p. w Berlinie i Davos. To nadzwyczajnie długie trwanie osłonecznienia sprawia znowu: 1) o wiele silniejsze natężenie ciepłoty, 2) chemicznie większe działanie promieni [3]), 3) większą optycznie jasność promieniowania. Jak wielkiem w Hélouan jest natężenie promieniowania w tym okresie zimowym dowieść może fakt, że nie można bez szkody, i nie zabezpieczywszy sobie głowy siedzieć w południe, t. j. między godziną 2—3 na słońcu wtedy, kiedy działanie promieni słońca dosięga swego punktu kulminacyjnego. Nie liczy się z tem niestety wielu chorych na nerki, którzy nie radząc się lekarza, używają godzinami kąpieli słonecznych, oczywiście ze swoją szkodą.

Natężenie promieniowania musi też być w Hélouan bardzo znaczne, atmosfera bowiem przy swojej minimalnej często wilgotności przepuszcza promienie słoneczne, te szczególniej, które działają chemicznie, w wyższej o wiele mierze, niż w Niemczech.

Gdy z jednej strony chemiczne promieniowanie działa na ustrój korzystnie, na co dowodnie wskazują fizyologiczne badania roślin, jak również skutki leczenia światłem w niektórych chorobach skórnych, to bezsprzecznie wielkie naświetlenie, o ile ważne dla promieniowania gruntu, oraz organicznego rozwoju rośliny, o tyle też zbawiennie wpływa na usposobienie człowieka, na jego ducha.

Mieszkańcowi północy wyżej wspomniane stopnie ciepłoty wydadzą się niemożliwie wysokie, świadomi jednakże rzeczy wiedzą, jak miłe one sprawiają uczucie wobec tego, że suche powietrze Egiptu wszelkie parowanie ciała wchłania. — Nawet w delcie Nilu suchość powietrza tak jest wielka, że zimnicy, która, zdawaćby się mogło, słonawych, błotnistych wybrzeży nilowych staleby się trzymać powinna, zupełnie nie daje dostępu.

Wpływ więc pustyni okazuje się w ogromnej suchości powietrza bardziej jeszcze, niż w ciepłocie. Stosunkowa wilgotność wynosi w 4 miesiącach zimy 47% dniem, a 60% nocą, w Assuanie 35% dniem, 49% zaś nocą. Zadziwiającą jest ona w listopadzie, kiedy dolina Nilu rankiem spowija się w gęstą mgłę zbitą z jednej strony od Hélouanu, z drugiej od libijskiej pustyni, wśród której stumetrowe piramidy Dashour i Sakkarah wznoszą dumne, zaróżowione wchodzącem słońcem głowy.

Ponieważ parowanie bardzo jest nieznaczne, przeto wskutek tego nie może para skroplić się w długotrwały deszcz, tak że tylko w najzimniejszej porze roku, t. j. w drugiej połowie stycznia, zdarzają się 2—3 dni dżdżyste, a czasem nawet i to nie. Średnie zachmurzenie obejmuje $^1/_5$ — $^1/_3$ nieboskłonu; przed południem zwykle nie dochodzi $^1/_6$. Wyobrazić sobie więc łatwo, w jakiem morzu światła słonecznego pławi się tam człowiek co dnia. A dzień zimowy jest tam długi: trwanie jego wynosi od grudnia do marca 10 godzin 44 minut; można więc w zimie właściwem trwaniem słońca cieszyć się 10—11 godzin.

[3]) Quincke wskazał do mierzenia chemicznego spotęgowania promieni słonecznych bardzo łatwą biochemiczną metodę, a mianowicie: odczyn barwnika żółtka.

Streściwszy to, o czem nas meteorologiczne badania i długoletnie doświadczenia pouczają, widzimy, że Hélouan przez swoje położenie w pustyni z jej suchym ciepłym gruntem, z jej niezmiernie czystem i ożywczem powietrzem, wysoką ciepłotą i natężonem długotrwałem osłonecznieniem jest idealną stacyą klimatyczną, a obok tego cieplicą siarczaną pierwszego rzędu. Ma ono nadto i tą jeszcze zaletę, że położone tak blisko Kairu, pozwala korzystać ze wszystkich nabytków tego punktu ośrodka kultury, a jednocześnie na punkcie klimatu, powietrza i sposobu życia żyć w warunkach zupełnie odrębnych. — Słowem Hélouan, jako miejsce pobytu dla chorych nazwać można jednem wielkiem uzdrowiskiem. Tu chory w obliczu potężnych zamarłych światów, zażywając spokoju pustyni, widzi przeciągające w pstrej igraszce obrazy żywej teraźniejszości. Kiedy z jednej strony słońce i powietrze zbawczo na niego działają, jednocześnie otaczająca go natura, pomniki minionych wieków, starej kultury, obok nowego niezwykłego życia zajmujących dostarczać mu mogą wrażeń.

Piśmiennictwo. Dr Engel Bey: Le climat d'Egypte. — Sandwith: Egypt as a Health Resort — Hann: Meteor. Zeitschr. 1896. — Page May: Helwan and the Egyptian Desert 1901. — Leigh Canney: The Meterology of Egypt 1897. — Dr Reil: Aegypten 1859.

XV. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie 10. i 11. lipca 1908.

(Ciąg dalszy).

20) Prof. Rydygier. **Przyczynek do chirurgii moczowodów.** Po wstępie, uwzględniającym stosunki anatomiczne i topograficzne, podaje R. pokrótce wskazania do cewnikowania moczowodów; wymienia: zarośnięcie, zwężenia, rany moczowodów, kamienie moczowodu, roponercze, zapalenie miedniczek itp. Omawia następnie choroby chirurgiczne moczowodów: 1) wady rozwojowe (nadliczbowość, nieprawidłowe ujście), 2) obrażenia, 3) przetoki (gruźlica, odleżyny: po kamieniach moczowodowych, przez ucisk w czasie ciąży), 4) zapalenie moczowodów i zapalenie okołomoczowodowe, 5) zgrubienia, 6) guzy (często włókniaki, tłuszczaki). Wreszcie wylicza krótko rozmaite sposoby operacyi, a zatrzymuje się nad jednym z nich, zastosowanym przez siebie: W przypadku tym chodziło o młodego chłopca, u którego dopiero w czasie laparotomii stwierdzić można było po stronie lewej moczowód grubości przedramienia; przy ujściu jego do pęcherza zwężenie b. silne, prawdopodobnie po dawno zabliźnionej odleżynie wskutek kamienia. R., który przed zabiegiem sprawy rozpoznać nie mógł, wykonał zrazu przetokę moczową, a gdy moczowód wrócił do wymiarów prawidłowych, przetokę zniósł, a moczowód swoim sposobem wszczepił do pęcherza.

W dyskusyi nad referatem Prof. Rydygiera (chirurgia moczowodów) zabierają głos prof. Kader, Prof. Rosner, Dr Czarkowski i Dr Leśniowski, zgodnie stwierdzając wytrzymałość moczowodów wobec wydzielenia ich z otaczającej tkanki i małą skłonność do zgorzeli nawet po znacznem ich naciągnięciu i wyosobnieniu z tkanki otaczającej. — Kader

opiera się na przypadkach przedstawionych na Zjeździe lekarzy i przyr. we Lwowie (1907), Rosner na obserwacyi wyników wyłuszczania macicy i przydatków sposobem Wertheima.

Dr Leśniowski przytacza jeden z operowanych przez siebie przypadków raka macicy, w którym przy wydzielaniu moczowodu z otaczającej go, zresztą nienacieczonej nowotworem tkanki, zastał moczowód przewężonym (jakby nitką ściągniętym) w odległości 10 ctm. od ujścia do pęcherza; część moczowodu wraz z przewężeniem odcięto; pozostały skrócony moczowód musiał uledz znacznemu trwałemu naciągnięciu przez wszycie nowego ujścia do pęcherza. Mimoto moczowód nie uległ martwicy, szwy trzymały dobrze, co stwierdzono przy sekcyi (chora zmarła z innego powodu). W sprawie rozpoznawania sprawności nerek, każdej zosobna, radzi Leśniowski używać w przypadkach, w których pęcherz jest zdrowy, separatora Luysa.

Zdaniem Dra Rappaporta wyniki badania moczu z każdej nerki zosobna zapomocą przyrządu Luysa są mniej pewne w porównaniu z wynikami, uzyskanymi przez cewnikowanie moczowodów. — Przed rozpoczęciem zdjęcia rentgenowskiego domniemanych kamyków moczowodowych radzi R. wprowadzić mandrynę do moczowodu dla uwidocznienia na kliszy jego przebiegu i stosunku do kamieni.

21) Dr Jedlicka. **O torbielach kostnych.** Etyologia torbieli kostnych dotychczas nie jest ustalona. Virchow przyjmował zwyrodnienie poprzednio powstałych chrząstniakow śródkostnych; Braun zmiany marantyczne, możliwość spraw zapalnych; Körte odnosi powstawanie torbieli do zmięknienia kości, czy też dny, czasem do urazu; Müller znalazł w 44 przypadkach bąblowca. Fakt znajdowania w torbielach gronkowców odnosi referent do następowego zakażenia. Rozpoznanie torbieli kostnych niepewne; możnaby je pomieniać z mięsakiem, chrząstniakiem, lub bąblowcem; rozstrzyga obraz rentgenowski: kość zajęta przez torbiel nie jest zgrubiała, powierzchnia kości równa; jama ostro się odgranicza; warstwa korowa kości nie ścieńczała. — J. przedstawił rentgenogram z przypadku, operowanego z powodzeniem w klinice lwowskiej z powodu wielokomorowej torbieli kości piszczelowej. Zastosowano wyskrobanie jam kostnych i plombowano sposobem Mosetiga.

Posiedzenie IV. (popołudniowe) 11. VII.

22) Dr Czarkowski. **O dodatkowym pęcherzyku żółciowym.** C. omawia przypadek guza, odpowiadającego położeniem pęcherzykowi żółciowemu, wielkiego, chełbocącego; równocześnie żółtaczka. — Przy laparotomii okazało się, że guz jest uszypułowany, że szypułę stanowi odgałęzienie przewodu żółciowego wspólnego; guz, wielkości głowy dziecka, elastycznie napięty, zaciskał światło przewodu żółciowego wspólnego i pęcherzykowego. — Guz wyłuszczono przy znacznem krwawieniu miąższowem z otoczenia; ranę tamponowano; przebieg gojenia się pomyślny; w piątym tygodniu żółtaczka powoli ustępuje. — Badanie histologiczne i chemiczne stwierdziło, że ściana tej torbieli miała budowę pęcherza żółciowego i że treść torbieli stanowiła typowa żółć. (Przedstawienie preparatu).

23) Dr Barącz. **Przyczynek do leczenia rwy kulszowej.** B. opisuje własną metodę leczenia rwy kulszowej (ogłosz. w »Centralblatt f. Chir.« 1902 r.) na drodze krwawej. — Opierając się na spostrzeżeniach swoich i innych autorów, że przy rwie kulszowej korzonki nerwu kulszowego otoczone są tuż przy wyjściu z otworów krzyżowych zrostami, doszedł B. do wniosku, że naciągnięcie nerwu (zalecane jako metoda leczenia rwy) stanie się skutecznem dopiero po poprzedniem przecięciu powyżej wspomnianych zrostów. Zabieg według B. jest łatwo wykonalny: Cięcie ponad fałdem pośladkowym, równoległe do przebiegu włókien mięśnia pośladkowego wielkiego, prowadzi się na granicy wewnętrznej i środkowej trzeciej części odstępu między guzem kości kulszowej (*tuber os. isch.*), a krętarzem wielkim. Po rozdzieleniu tępem włókien mięśnia dochodzi się z łatwością do nerwu i na tępo wzdłuż nerwu dociera się palcem przez otwór kulszowy wielki na przednią powierzchnię kości krzyżowej i tam się zrosty rozrywa. Sposób ten stósował B. w kilku przypadkach z zupełnem powodzeniem; Węgłowski w 6 przypadkach równie pomyślnie. W przeciwieństwie do metody Giordano (oswobodzenie korzonków w samym kanale kręgowym) poleca B. swoją, jako mniej ciężką, a równie wydatną.

W dyskusyi Dr Czarkowski nadmienia, że w jednym przypadku osiągnął zupełne wyleczenie po pięciokrotnem wstrzyknięciu płynu Schleicha w okolicę nerwu.

24) Dr Kasprzyk (Kraków). **O krwawem odprowadzaniu zwichnięć wrodzonych stawu biodrowego.** Przedstawiając przypadek krwawego jednostronnego odprowadzenia, dokonanego na klinice Prof. Kadera u dziewczyny 12-letniej, u której skrócenie czynnościowe z 9 ctm. sprowadzono przy pomocy ciągłego wyciągu w zawieszeniu, stosowanego przez 4 tygodnie, do 5 ctm., twierdzi K.: 1) że krwawe odprowadzenie można wykonywać i poza wiekiem lat 10, wbrew twierdzeniu Hoffy i Reinera, którzy za najwyższą granicę uważają 8—10 lat, o ile tylko przy pomocy wyciągu stałego w zawieszeniu sprowadzono główkę bliżej panewki i pokonano napięcie mięśniowe. 2) Zabieg ten jest więcej wskazany, niż inwersya według Lorenza, ponieważ po inwersyi otrzymujemy prawie zupełne zesztywnienie, małe wyrównanie skrócenia, pomijając już częste złamania szyjki przy przekładaniu główki, zwłaszcza przy silnych zrostach tejże, powstałych wskutek usiłowanych poprzednio nastawiań sposobem bezkrwawym. 3) Ważną przeszkodę przy odprowadzaniu stanowi interpozycya torebki. 4) Zesztywnienia pooperacyjne należy odnieść częścią do silnego wylewu krwi, jaki występuje przy tym zabiegu, przeważnie jednak do naruszenia chrząstki na dnie panewki przy pogłębianiu tejże. Modelując więc dokładnie spadzistość górnego brzegu panewki, należy ile możności oszczędzać chrząstkę na jej dnie, usuwając jedynie tłuszcz i tkankę łączną, wypełniającą całą panewkę. 5) Zwichnięcia pooperacyjne są następstwem mimośrodkowego ustawienia główki w panewce. Chcąc tego uniknąć, należy zawsze kierować się stopniem antefleksyi szyjki i antewersyi główki, zwracając zarazem uwagę na położenie szyjki w ustawieniu szpotawem (*varus*), i bez względu na położenie stopy starać się ustawić główkę dośrodkowo. Wówczas w przeważnej liczbie przypadków wypadnie kończynę skręcić, — podobnie jak w przypadku przedstawianym, — o blisko 80° ku wewnątrz i stosować następową osteotomię po upływie 2 miesięcy, celem ustawienia goleni i stopy w położenie prawidłowe. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza następujące

Ostrzeżenie.

Izba lekarska wschodnio-gal. wzywa wszystkich Kolegów lekarzy, aby z Kasą chorych w Kamionce strumiłowej nie wchodzili w żadne układy co do leczenia chorych robotników, zatrudnionych przy budowie kolei w okolicy pod Lwowem, bez poprzedniego porozumienia się z Izbą lekarską.

Prezydent: *Dr Festenburg.*

Nieprawidłowości przy wyborach do Izb lekarskich, o czem donosiliśmy poprzednio, skłoniły Prezydyum Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej do zbierania dokładnych o tem danych przez członków Izby. Koledzy, mający w ręku dowody popełnionych nieprawidłowości (n. p. wezwania do wyboru w terminie niewłaściwym), zechcą je natychmiast przesłać Izbie, zarazem donosząc o wszystkich szczegółach, któreby się im nieprawidłowe lub niewłaściwe wydawały. *R.*

Towarzystwo Samopomocy lekarzy będzie mogło wtedy dopiero przekształcić się w »Związek krajowy lekarzy«, gdy powstaną już »Związki powiatowe« i wybiorą swych delegatów, mających prawo wyboru Wydziału Związku krajowego. To też ostatnie Walne Zgromadzenie »Samopomocy« w d. 16. VII. 1908 poleciło Wydziałowi Towarzystwa, by starał się usilnie przez prasę, przez urządzanie zgromadzeń, odezwy i t. p. jaknajszybciej przeprowadzić organizacyę Związków powiatowych i wybór delegatów na I Walne Zgromadzenie Związku krajowego, na którem w danym razie uchwaloną będzie wysokość przyszłej wkładki członków. Aż do tego czasu opłacają członkowie wkładki w wysokości dotychczasowej, a »Samopomoc« działa na zasadzie dotychczasowych statutów. *R.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h
Od r. 1904 do 30. VI. 1908	403,326	191,176
W lipcu 1908	2,425	5,000
razem .	405,751	196,176

Dr Żydłowicz, administrator.

Reformy „Galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy“ we Lwowie domaga się Dr Wątorek w »Głosie lek.« (15). Prawo należenia do Kasy powinni mieć nietylko lekarze, należący do Izb, ale także lekarze rządowi. Od członka nie należy żądać me-

tryki, ale jakiegokolwiek dowodu, że ma tyle lat, ile podał. Członek powinien składać wniosek o ubezpieczenie, podpisany własnoręcznie, a według tego wniosku powinien Wydział Kasy orzekać, czy ma nastąpić badanie przez lekarzy Kasy i czy ubezpieczenie ma nastąpić wedle taryfy normalnej, czy wyższej. Członkowie powinni mieć prawo deklarować także 2 udziały w Kasie, by mogli w razie choroby otrzymać zasiłek podwójny. Taryfa ubezpieczenia w Kasie powinna wzrastać w miarę wieku członka (od 25 do 30 r. ż. 48 K, od 30—35 56 K i t. p., wreszcie od 55—60 r. ż. 104 K rocznie). Premie powinny być płatne z góry, z doliczeniem pewnego odsetku przy spłatach na raty, ale z przyznaniem t. zw. respiro. Obłożnie chorzy powinni dostać pełne odszkodowanie, ozdrowieniec tylko wtedy pełne, jeśli zupełnie nie zarobkuje lub jeśli musi wyjechać (n. p. do kąpiel) dla poratowania zdrowia. Przy takim wyjeździe powinien lekarz Kasy określić, ile dni może jeszcze potrwać okres zdrowienia. Przy zmniejszonej tylko zdolności do zarobkowania byłoby najlepiej wcale nie przyznawać odszkodowania. W razie niedoboru w Kasie przy obrachunku rocznym powinien on być wyrównany przez członków proporcyonalnie do ilości udziałów i do wysokości premii (pod rygorem egzekucyi sądowej); w razie zaś nadwyżki, należałoby ją obrócić na utworzenie osobnego funduszu rezerwowego, służącego na pokrywanie pewnej części niedoborów. Autor tego projektu reformy uprasza kolegów, interesujących się Kasą, o wyrażenie swego zdania o tym projekcie. *R.*

Wniosek o poprawę bytu lekarzy rządowych przedstawili w austr. parlamencie d. 17. VII. b. r. posłowie Zaunegger, Dr Michl, Dr Dietzius i tow. Wnioskodawcy domagają się: 1) aby każdy lekarz rządowy odrazu otrzymywał adjutum i stanowisko asystenta sanitarnego, 2) aby najdalej po 3 latach następował awans na lekarza powiatowego z płacą 2,800 K i odpowiednim dodatkiem aktywalnym, 2) aby każdy lekarz powiatowy otrzymywał 5 czterolecі, dwa pierwsze po 600, trzy dalsze po 800 K i odpowiednią do tego rangę, przyczem lekarzom, obecnie pozostającym w służbie, należy policzyć te czterolecia od dnia wstąpienia do służby, 4) aby utworzono odpowiednią do rozległości krajów koronnych liczbę posad krajowych inspektorów sanitarnych z prawem awansu do VI. rangi, 5) aby protomedykom (kraj. referentom sanitarnym) przyznano rangę V, 6) a naczelnikom oddziałów w sekcyi sanitarnej ministerstwa spraw wewn. rangę IV i V, 7) aby lekarze rządowi otrzymywali pełną emeryturę już po 30 latach służby, 8) aby lekarzom policyjnym przyznano podobne prawa. *R.*

Ordynacya lekarska (Ärzteordnung) była przedmiotem obrad na ostatniem posiedzeniu Najwyższej Rady zdrowia w Wiedniu. Referent sprawy tej zaznaczył, że konieczną jest zmiana przepisów, obowiązujących lekarzy, gdyż niektóre z nich pochodzą z przed 100 lat, a nawet i więcej (»Sanitatsnormativ« z r. 1770!). Zamiast mnóstwa najróżniejszych przestarzałych przepisów, czas najwyższy stworzyć jednolite, jasne postanowienia. Projekt nowej ordynacyi obejmuje przedewszystkiem przepisy o wykonywaniu praktyki lekarskiej. Do rzędu kar dyscyplinarnych włączono wykreślenie z listy lekarzy, a wśród powodów takiego wykreślenia wymieniono prawomocny wyrok Rady honorowej Izby lekarskiej, skazujący na wykreślenie. Z listy lekarzy może być lekarz wykreślony za pierwszym razem najdłużej na rok; oskarżony ma prawo dobrać sobie przy rozprawie obrońcę z grona lekarzy. Wyższą instancyą ma być trybunał dyscyplinarny lekarski. Zapatrywania i czynności polityczne, religijne i naukowe lekarzy nie mogą być przedmiotem rozprawy w Radzie honorowej. Czynni lekarze wojskowi i urzędowi mają odtąd do Izby należeć, w sprawach dyscyplinarnych nie będą jednak podlegać jej władzy. Przyjmowanie chorych w kilku miejscowościach (godziny ordynacyjne) jest niedozwolone z wyjątkiem tych przypadków, w których lekarz jest do tego zobowiązany kontraktem. Lekkomyślne wystawianie świadectw lekarskich podpada karze (Rada honorowa). Każdy lekarz, który nie zrzekł się wyraźnie praktyki, musi w nagłych przypadkach udzielić pomocy, jeżeli nie zachodzi nieprzezwyciężona przeszkoda. Wolno lekarzowi natychmiast przerwać leczenie, jeżeli przepisy jego nie są wykonywane, jeżeli bez jego wiedzy przywołano innego lekarza lub jeżeli go obrażono. Za donoszenie o chorobach zakaźnych należy się lekarzowi wynagrodzenie od skarbu państwa. Dalej zawiera projekt ordynacyi szereg postanowień, chroniących lekarzy od wyzysku, rozszerzających zakres działania i egzekutywę Izb lekarskich. Projekt ten jest wynikiem narad subkomitetu Najw. Rady Zdrowia, przedstawicieli Izb lekarskich i członków parlamentarnej komisyi sanitarnej. Szczegółowe rozprawy nad projektem odbędą się w Najwyższej Radzie Zdrowia w jesieni r. b. *R.*

Warunki bytu lekarzy szpitali krajowych w Galicyi omawia Dr Porajewski w »Głosie lek.« (Nr 15), stwierdzając, że sumienny lekarz szpitalny musi poświęcić szpitalowi 5—6 godzin dziennie, czyli około 2,000 godzin rocznie i otrzymuje za to (n. p. w Krośnie) 1,400 K rocznie, t. j. 70 halerzy za godzinę. Kierownik szkoły wiejskiej, w tymsamym będący wieku (około 30 lat), pracuje 1,350—1,380 godzin rocznie i otrzymuje prócz 1,600 K płacy, dodatku za kierownictwo szkoły, jeszcze mieszkanie i ogród, razem przeto wynagrodzenie około 2,000 K rocznie, t. j. 1 K 47 h za godzinę pracy. A przecież nauczyciele ludowi uchodzą za najgorzej płatnych urzędników kraju. Prawda, że w rzeczywistości lekarz szpitalny ma dochody większe, — dzięki praktyce prywatnej; ale jeżeli lekarze szpitalni mają dobrze spełniać swe obowiązki, to kraj powinien ich tak opłacać, aby nie potrzebowali ciągle oglądać się na dochody z praktyki prywatnej, aby wprost można im zabronić praktyki wyjazdowej, oddalającej ich od szpitala. Przytem praca dyrektora szpitala jest znacznie trudniejsza, uciążliwsza, przykrzejsza i odpowiedzialniejsza od pracy kierownika szkoły ludowej, mającego przytem prawo do emerytury, którego lekarz niema. Płace dyrektorów szpitali powinny być zrównane z płacą radców Wydziału krajowego, tem bardziej, że wymagałoby to tylko 150,000 K wydatku rocznie. *R.*

Towarzystwo odontologiczne warszawskie uchwaliło 30. VI. b. r. regulamin, dotyczący ogłoszeń i szyldów dentystów, celem zapobieżenia jarmarcznej niemal reklamie, uprawianej przez niektórych dentystów warszawskich. Regulamin ten zawiera przepisy, zgodne z wymaganiami etyki lekarskiej. Posłuch przepisom tym zamierza Towarzystwo zapewnić przez piętnowanie imienne tych, którzyby przepisy przekroczyli, naprzód w prasie specyalnej, a gdyby to nie pomogło, w codziennej. Nadto ma zamiar Towarzystwo utworzyć komisyę dla spraw etyczno-zawodowych. (Kron. dent. 8). *R.*

Biura porady dla karmiących we Lwowie uważa Dr Hornung (Przegląd higien. 8/9) za niezbędne. Aczkolwiek bowiem co do karmienia piersią jest stan we Lwowie według badań Dr H. dość pomyślny (88%), to jednak śmiertelność niemowląt jest znaczna z powodu nieodpowiedniego dokarmiania. *R.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 26. VII. do 1. VIII. 1908 urodziło się dzieci żywo 50, nieżywo 4; zmarło osób 58 (w tem obcych 31), z nich z gruźlicy 14 (8), zapalenia płuc 4 (1), płonicy 3 (2), odry 1, błonicy 1, duru brzusznego 1. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 26. VII. do 1. VIII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 1, (w tem obcych —), krztuśca —, płonicy 21 † 3 (7 † 2), odry 15 † 1 (2 † —), duru brzusznego 2 † 1 (1 † —), jaglicy 62 (48). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 19. do 25. VII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 1 (w tem obcych —), płonicy 61 † 11 (8 † 1), odry 4 † 1 (1 † 1), duru brzusznego 4 † 1 (3 † 1), nagminnego zapalenia opon 1 (1). *Dr Legeżyński.*

Śmiertelność w m. Łodzi w maju 1908 wynosiła 722, z tego 316 (50)[1]) wypada na choroby zakaźne, zaś 406 (74) na choroby niezakaźne.

A) Choroby zakaźne: gruźlica płuc dzieci 21 (6)[2]): dorośli 66 (12), gruźlicze zapalenie opon 26 (8):5 (2), ospa 105: 0, odra 10 (2):0, dur brzuszny 2 (2):7 (1), zapalenie płuc 35 (9):8 (3), błonica 6 (0):0, płonica 12 (2):0, krztusiec 7 (2):0, zakażenie połogowe 0:5 (1), inne 0:1 — razem dzieci 223 (31): dorosłych 93 (19).

B) Choroby niezakaźne: nieżyt jelit 112 (24):0, nieżyt dróg oddechowych 35 (7):0, wady serca 4 (1):10 (2), uwiąd starczy 0:26 (5), nieżywo urodzonych 55 (6):0, rozmaite 89 (12):75 (17), — razem dzieci 273 (43): dorosłych 159 (31).

Śmiertelność w m. Łodzi w czerwcu 1908 wynosiła 910, z tego 592 (120)[1]) wypada na choroby zakaźne, zaś 324 (64) na choroby niezakaźne.

A) Choroby zakaźne: gruźlica płuc dzieci 32 (4)[2]):49 (6), gruźlicze zapalenie opon 35 (12):2 (1), ospa 50 (1):0, odra 8 (5):0, dur brzuszny 1:10 (3), zapalenie płuc 34 (13):8 (3), błonica 9 (2):0, płonica 7 (1):0, krztusiec 1:0, zakażenie połogowe 0:4, ostry nieżyt jelit 325 (67):2 (1), inne 3:2, — razem dzieci 520 (111): dorosłych 72 (9).

---

[1]) Liczby w nawiasie odnoszą się do ludności żydowskiej.
Ludność w Łodzi w roku 1907 wynosiła 348,997, w tem polaków 155,886, rosyan 9,398, niemców 94,284, żydów 79,785.

[2]) Do lat 14.

B) Choroby niezakaźne: nieżyt dróg oddechowych 39 (10):0, wady serca 1 (1):15 (7), uwiąd starczy 0:32 (7), nieżywo urodzonych 43 (4):0, rozmaite 120 (14):73 (16), — razem dzieci 203 (29): dorosłych 120 (30). *Dr Bartoszewicz.*

Cholera pojawiła się znowu w Rosyi w gub. astrachańskiej i saratowskiej.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Poruszona przez p. Kazimierza Jeżewskiego myśl zakładania »gniazd rodzinnych«, t. j. oddawania sierót na wychowanie rodzinom włościańskim, ma wkrótce według »Czasu« (Nr 176) wejść na drogę prób praktycznych. Częścią kosztem osób prywatnych, częścią zaś ze składek ma powstać na próbę kilkanaście takich gniazd, każde dla 6 sierót. Myśl ta, skrytykowana zresztą ostro przez adw. Dr Olearskiego, obudzić może pewne zajęcie i w kołach lekarskich, bo równocześnie z gniazdami dla dzieci zdrowych, powstać mają próbne gniazda dla dzieci chorych w okolicach górskich. Dla ułatwienia nadzoru lekarskiego takie gniazda klimatyczne założone być mają w bardzo blizkiem sąsiedztwie jedno od drugiego.

— Zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dr Męskiego złożyli lekarze w Dębicy 30 K na fundusz wdów i sierót po lekarzach przy Towarzystwie »Samopomocy lekarzy«. Wydział Samopomocy składa niniejszem ofiarodawcom za ten dar podziękowanie.

Lwów. Prof. Dr Włodzimierz Sieradzki ustąpił ze stanowiska redaktora »Tygodnika lekarskiego«; następcą jego został Doc. Dr Adam Bednarski.

— Według urzędowego spisu fizykatu miejskiego posiada Lwów w r. b. 336 lekarzy, (w tem 5 lekarek, 9 patronów chirurgii), 347 położnych, 29 kwalifikowanych dozorczyń chorych, 16 aptek. Z tych 336 lekarzy 23 zajmuje się specyalnie położnictwem, 21 dentystyką, 17 chirurgią, 14 okulistyką, 10 praktykuje w zdrojowiskach, 1 jest homeopatą. Lekarzy wojskowych jest 37.

— Według zestawienia, podanego w »Tygodniku lek.« (31) uczestniczyło w X. Zjeździe lekarzy i przyrodników we Lwowie 754 osób cz. 61·70% z Galicyi (Lwów 452 — 36·90%, Kraków 89 — 7·28%, prowincya 213 — 17·51%), 367 cz. 30·01% z zaboru rosyjskiego (Królestwo 134 — 10·96%, Warszawa 130 — 10·63%, prowincye zabrane 68 — 5·56%, Rosya 35 — 2·85%), 27 cz. 2·18% z zaboru pruskiego (Poznań 12 — 0·96%, Wielkopolska 15 — 1·22%), 5 cz. 0·49% ze Śląska i Moraw, 4 cz. 0·32% z Czech. Nadto było kilkudziesięciu członków z innych krajów Europy.

— W kulparkowskim Zakładzie dla obłąkanych wakuje posada lekarza-asystenta (płaca roczna 1,400 K, relutum za wikt 816 K, mieszkanie, opał, światło) z terminem zgłoszeń do 31. VIII. 1908.

Warszawa. Na konkursie im. Koczorowskiego, ogłoszonym przez Towarzystwo lekarskie warszawskie, otrzymali w r. b. nagrody: Dr L. Karwacki za pracę: »Studya nad morfologią i biologią krętka Obermayera« i Dr Anastazy Landau za pracę: »Wpływ alkoholu na wydzielanie się ciał alloksurowych z moczem«. (Med. i Kron. lek. 31.).

— Towarzystwo doraźnej pomocy w Warszawie dobiegło 22. VII. b. r. 11 lat istnienia; od założenia udzielono pomocy w 95,035 przypadkach (z tego robotnikom w 64·12%). W r. b. przebudowuje Towarzystwo częściowo swój dom kosztem 15,000 rb. (Med. i Kron. lek. 31).

— Program Zjazdu higienistów w Lublinie 25—29. IX. b. r. jest następujący: 25. IX. zebranie towarzyskie w resursie kupieckiej; 26. IX. o 9 g. rano nabożeństwo w katedrze, o 11 g. rano otwarcie Zjazdu w teatrze z przemówieniami prezesa Oddziału lubelskiego Towarzystwa hig., przedstawicieli miasta, prezydyum Wystawy i odczytem Dra Polaka o 10-letniej działalności Towarzystwa higienicznego, o 4 g. popołudniu zwiedzanie wystawy i miasta, o 9 g. wieczór bankiet dla gości zjazdowych. 27. IX. posiedzenia Zjazdu w sali Tow. higienicznego, o 8 g. w. wieczornica Tow. muzycznego. 28. IX. rano posiedzenie Zjazdu, o 2 g. popoł. zamknięcie Zjazdu, o 8 g. wieczór przedstawienie teatralne. 29. IX. wycieczka do Nałęczowa. (Med. i Kron. lek. 31).

Z różnych stron. 80. Zjazd niemieckich lekarzy i przyrodników odbędzie się 20—26. IX. w Kolonii.

Mianowani: Dr J. Wieser asystentem ambulatoryum laryngol. (Prof. Jurasza) we Lwowie.

Powołani: farmakolog Prof. Gürber z Würzburga do Marburga, internista Prof. Lüthje z Frankfurtu do Kiel (po Quinckem), fizyolog Prof. Nagel z Berlina do Rostocku.

Zmarli: laryngolog Prof. Hagen w Lipsku, dermatolog Prof. Montgomery w Chicago;

Dr T. Męski, lekarz kolejowy z Dębicy, w 39 r. ż. w Krakowie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovin. (Prof. Dr W. Nagel. Z polikliniki uniw. Berlin. Zeitschr. f. n. ph. Medizin 1908, 11). N. używa arhoviny od 3 lat z wynikami zmiennymi, przeważnie korzystnymi. Stosuje ją w wiewiórowych zapaleniach narządów płciowych i dróg moczowych. N. podaje zwykle używane kapsułki oryg. wewnętrznie, 3 razy dziennie po 2. Używał także gałek pochwowych, jakoteż pręcików do szyi macicznej. Nie spostrzegał działania ubocznego. Leczenie prowadzi N. średnio przez 2—6 tygodni. Wśród leczenia zachowywać należy ogólnie znane przepisy, odnoszące się do dyety i innych środków ostrożności. Nowsze spostrzeżenia potwierdziły dawniejsze doświadczenia. Zdaniem N. polega główne działanie arhoviny na zmniejszeniu wydzieliny i złagodzeniu bolesności. Mocz, z początku mętny, szybko się potem wyjaśnia. *Hr. W.*

Blutan. (Dr R. Weissmann — Lindenfeld). Blutan wyrabia fabryka Helfenberg. Przedstawia się jako *liquor ferromangani peptonati* z acidalbuminą, nasycony kwasem węglowym i zupełnie wolny od wyskoku. Blutan jest środkiem trwałym, smacznym, a obok właściwego działania żelaza wpływa skrzepiająco. Brak wyskoku dozwala stosować go także u zupełnie małych dzieci i to najlepiej z mlekiem. Flaszka wystarcza dorosłym na tydzień, dzieciom na jeszcze dłużej, a zatem leczenie blutanem jest stosunkowo tanie. (Aerztl. Rundschau, 1906, 36). *S. W.*